LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : Traitement chirurgical du goitre par M. Jacques Reverdin (de Genève). p. 641. — **Bibliographie** : Formulaire hypodermique et opothérapique, par le Dr Boisson et J. Mousnier, p. 647. — **Revue de la presse** : Pemphigus hystérique avec œdème bleu, par A. Durand, p. 647. — **Académie de médecine** : *Séance du 3 octobre* 1898. Présidence de M. Van Tieghem. Augmentation du poids du corps et transformation de la graisse en glycogène, p. 648. — L'amputation interscapulo-thoracique (amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc) dans le traitement des tumeurs malignes de l'extrémité supérieure de l'humérus, p. 650. — Sur l'impression tactile due au contact d'une succession de reliefs représentant un objet mobile dans ses différentes positions, p. 651. — **Académie de médecine** : *Séance du 11 octobre* 1898. Présidence de M. Jaccoud, p. 651. Rapports de prix, p. 651. Traitement des anévrysmes par les injections sous-cutanées de gélatine, p. 651. — Signes du début de la tuberculose pulmonaire chronique, p. 652. Le mode de fonctionnement physique des reins, p. 652. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 8 octobre* 1898. Présidence de M. Besnier. — **Société de chirurgie** : *Séance du 5 octobre* 1898. Présidence de M. P. Berger. — Plaie profonde de la région épiglottique. Chute sur le genou. Hémartrose, p. 653. — Fracture double du maxillaire inférieur, p. 653. — Arthrite suppurée de la hanche droite. — Traitement chirurgical de la névralgie faciale. — Appendicite et salpingite. — Gastrostomie, p. 653. — [*Séance du 12 octobre* 1898 : Traitement de la névralgie de la face, p. 653. Fracture comminutive de la rotule. Suture métallique, 654. — Plaie de l'abdomen par coup de feu. Plaie de l'estomac, du foie, hémorrhagie interne. Laparotomie. Guérison, 654. — Trois observations de plaies de l'abdomen, avec blessure de la veine rénale, de la veine iliaque primitive par coup de couteau, suivies de mort et de contusion et perforation intestinales par coup de pied de cheval. Laparotomie, Guérison, 654. — Entorse du coude ; ostéome du brachial antérieur et du triceps, 654. — Contusion de la région splénique, 654. — **Nouvelles** : 654.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Traitement chirurgical du goître.

(Cancer et goître exophthalmique exceptés.)

Résumé du rapport qui sera lu au *Congrès de Chirurgie*, Octobre 1898,

Par M. Jacques-L. Reverdin (de Genève).

Suite et fin (1).

Exothyropexie. — Le 20 février 1892, M. Gangolphe, appelé d'urgence auprès d'un jeune homme en état de mort apparente par le fait d'un goître rétrosternal suffocant, tente d'aborder directement la trachée à travers le néoplasme, mais y renonce en face des difficultés de l'hémostase, luxe une partie de la tumeur en dehors de la plaie, fait la trachéotomie et, jugeant que l'extirpation présente de grands dangers, en reste là, pensant que le goître servira d'attelle à la trachée ramollie ; la tumeur diminue peu à peu de volume, la cicatrisation se fait et le malade reste guéri.

Quelques mois plus tard, Jaboulay exécutait une opération analogue, sans trachéotomie, toutefois et en se basant sur une idée théorique : il pensait pour diverses raisons que le goître devait, une fois exposé en dehors de la plaie, s'atrophier. L'opération à laquelle Jaboulay et Poncet ont donné le nom d'exothyropexie devraitêtre nommée opération de Gangolphe-Jaboulay plutôt que opération de Jaboulay comme quelques-uns l'ont baptisée.

Voici, d'après Jaboulay, la manière de procéder.

Incision médiane du cricoïde au sternum, en évitant la jugulaire antérieure, incision de la ligne blanche cervicale ; avec les doigts on écarte les muscles sous-hyoïdiens et on pénètre jusqu'aux limites des lobes latéraux ; si cela est nécessaire on coupe transversalement peau et muscles transformant l'incision simple en incision cruciale ; luxation successive des deux lobes (exceptionnellement d'un seul coup par pression d'arrière en avant avec les pouces), on aura soin d'éviter les pédicules vasculaires et la région du récurrent, c'est donc à la partie moyenne des lobes latéraux que les pressions doivent être exercées.

En suivant ces indications la luxation du goître s'effectue ordinairement sans accidents, mais il y a des exceptions à cette règle, particulièrement, d'après Poncet, dans les goîtres circulaires ; si l'on cherche à luxer une tumeur de cette espèce, la traction sur la partie rétrotrachéale a pour effet de couder et de comprimer la trachée, d'où suffocation dangereuse ; il faut alors s'empresser, ainsi que le conseille Poncet, de réintégrer la tumeur à sa place. Dans des cas de ce genre l'on a vu néanmoins le goître diminuer de volume et Poncet ainsi que Jaboulay ont profité de cette observation pour substituer, dans les cas qui ne se prêtent pas à l'exothyropexie, la simple mise à l'air. On aurait ainsi obtenu quelques résultats favorables.

Opérations combinées. — Les combinaisons possibles sont nombreuses et chaque chirurgien aux prises avec les cas embarrassants pourra sans doute en utiliser de nouvelles. Elles ont pour but de laisser en place une certaine quantité de tissu thyroïdien et d'éviter la blessure d'organes importants. Telle fut la première résection de Mikulicz qui a été une *extirpation-résection*. On comprend ce que peut être une *extirpation-énucléation* ou une *résection-énucléation*,

Dislocation du goitre (Wölfler). — Sous ce nom Wölfler a tout récemment décrit une opération qu'il a eu l'occasion de pratiquer 4 fois et qui consiste à déloger une partie du goître comprimant les organes voisins et à la fixer au moyen de la suture en un point tel que

(1) Voir *France médicale*, n° 40.

les phénomènes de compression soient arrêtés, la plaie étant d'ailleurs fermée par-dessus la tumeur disloquée.

LIGATURES ATROPHIANTES DES ARTÈRES. — Cette méthode, qui ne paraît réellement efficace que dans les goîtres vasculaires et le goître exophthalmique, est basée sur ce fait que les ligatures amènent l'atrophie et non la gangrène de la glande, la circulation collatérale suffisant à assurer la nutrition et la fonction. Pour qu'elle soit utile il faut que les 4 thyroïdiennes soient liées simultanément.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES KYSTES DE LA THYROIDE. — Les kystes thyroïdiens ont été traités par la *ponction simple*, *la ponction suivie d'injection*, *le drainage*, *l'incision simple*. On sait aujourd'hui ce que valent ces méthodes de traitement. Un seul procédé est applicable aux kystes, c'est l'énucléation, dont la technique ne diffère pas de celle que nous avons décrite plus haut.

RÉSULTATS DES OPÉRATIONS DE GOITRE. — Les résultats de mon enquête sont réunis dans deux tableaux. Le premier donne le résumé des statistiques détaillées; le second des statistiques non détaillées qui m'ont été adressées. Je ferai seulement remarquer que les chiffres qui sont consignés sont inférieurs à la réalité ; car plusieurs des statistiques qui m'ont été adressées sont intégrales, c'est à-dire remontent à une époque où les accidents étaient plus nombreux, l'antiseptie à son début.

II. *Statistiques intégrales non détaillées communiquées.*

Nombre des opérations.....	575
Nombre des morts.....	15
Mortalité p. 103.....	2,60

En troisième lieu j'ai résumé un certain nombre de statistiques publiées par des auteurs qui n'ont pas répondu à mon questionnaire.

III. *Statistiques publiées.*

Nombre des opérations.....	2120
Nombre des morts.....	43
Mortalité p. 100,.....	2,02

En additionnant les chiffres provenant de ces trois sources, j'arrive au chiffre suivant.

Opérations de goître : 6103 cas. 176 morts soit 2,88 p. 100. En comparant la mortalité des statistiques communiquées avec celle des statistiques publiées, on voit qu'elle est inférieure dans les secondes, et cela se comprend ; car ne publient de statistiques que ceux qui ont une pratique étendue et par conséquent les moyens de se perfectionner, d'acquérir une expérience et une sûreté que ne peuvent avoir ceux qui ont peu d'occasions d'opérer. J'estime donc que le chiffre de mortalité que me donne la statistique basée sur les faits communiqués par des chirurgiens de tous pays, riches en goîtres, ou non, obtenu par la réunion de statistiques importantes ou minimes, chiffre de 3,33 p. 100, exprime mieux la réalité pour la généralité des chirurgiens. Il est évident d'autre part que ce chiffre s'abaisse pour les opérateurs exercés, et effectivement les 2.120 cas publiées ne donnent que 2,02, p. 100 de mortalité.

Il est instructif de comparer la mortalité des opérations de goître à différentes périodes successives, et cela soit dans les statistiques générales, soit dans les statistiques particulières. D'après Liebbrecht, la mortalité jusqu'en 1851, sur 54 cas, était de 31, 4 p. 100; de 1851 à 1876, sur 138 cas, de 20 p. 100; de 1877 à 1882 de 14, 6 p. 100, et nous venons de voir à quel point elle s'est abaissée aujourd'hui, puisque mes chiffres comprennent un bon nombre de cas remontant avant 1882 et que néanmoins, sur 6103 cas, nous n'avons plus que 2,88 p. 100.

Les statistiques successives de Brun's, de Kappeler, de Koch nous montrent de même un abaissement graduel de la mortalité.

Je peux donc conclure hardiment que les opérations de goître sont actuellement presque sans dangers entre des mains exercées. Et si l'on éliminait de la statistique les cas anciens d'une part, les cas compliqués de l'autre, il est probable que la mortalité générale ne serait que de fort peu au-dessus de 0.

Si maintenant nous comparons les différentes méthodes sous le rapport de leur mortalité, nous voyons que l'extirpation totale est beaucoup plus dangereuse que les autres méthodes (décès : 18,97 p. 100) et nous constatons que la mortalité la plus minime de beaucoup est celle de l'énucléation intraglandulaire (opération de Socin : 0,78 p. 100), l'extirpation partielle ayant à son passif, 3,46 p. 100 de décès.

L'opération de choix sera donc celle de Socin et non l'extirpation partielle : reste la question de savoir les conditions dans lesquelles l'énucléation est praticable et dans quelle proportion de cas : nous y reviendrons.

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS DES OPÉRATIONS DU GOITRE. — Ces complications peuvent être divisées en trois catégories : *accidents dus aux lésions des organes voisins pendant l'opération*, *accidents dus à l'infection*, *accidents dus à la suppression de l'organe glandulaire thyroïdien.*

Lésions des vaisseaux. — Veines. Les lésions des veines de la région thyroïdienne sont dangereuses parce qu'elles exposent à l'entrée de l'air ; je connais au moins 9 cas de ce genre terminés par la mort publiés : 8 fois les veines thyroïdiennes, une fois la jugulaire antérieure. Le précepte de pincer ou de lier en deux points chaque veine avant de la couper doit être absolument respecté. L'énucléation, dans laquelle nous ne risquons pas comme dans l'extirpation la déchirure des veines inférieures, présente une supériorité sous ce rapport.

Artères. — Nous devons distinguer ici l'hémorrhagie primitive et retardée des hémorrhagies secondaires proprement dites.

Ces dernières, anciennement fréquentes, ont à peu

près disparu avec l'antisepsie et l'asepsie ; c'est, je le crois, à l'infection que l'on peut attribuer une hémorrhagie secondaire mortelle (Jenny) à la suite de l'énucléation, la température monta à 48°, ou celle que Jaboulay observa après une exothyropexie compliquée de gangrène. Les hémorrhagies retardées sont dues soit aux efforts du malade (vomissements, toux), soit au glissement des ligatures observé surtout pour la thyroïdienne supérieure ; soigner le plus possible l'hémostase, telle est la conséquence à tirer.

Quant à l'hémorrhagie primitive c'est une question de technique : les méthodes opératoires dans lesquelles les artères principales sont liées préalablement permettent d'opérer pour ainsi dire à blanc ; c'est le cas de l'extirpation partielle de Kocher. Il n'en est pas de même avec les procédés de Wolff, de Hahn, de Zoege von Manteuffel, que je crois dangereux sous ce rapport. Cette objection de l'hémorrhagie a été faite à l'énucléation (Kocher) ; il est parfaitement exact que dans le temps de l'énucléation proprement dit la capsule glandulaire saigne quelquefois abondamment, qu'il y a sous ce rapport une progression graduelle depuis les kystes qui occasionnent en général une hémorrhagie peu abondante, parfois absolument insignifiante, jusqu'à certains adénomes qui en fournissent une forte ; il est encore vrai que quelquefois des opérateurs exercés se sont vus dans l'obligation d'abandonner l'énucléation commencée et de faire l'extirpation ou la résection ; mais il ne faut pas exagérer l'importance ordinaire de la perte de sang ni la proportion des cas où l'énucléation entreprise n'a pu être menée à bien.

Il sera bon néanmoins de tenir compte de ce danger et préférer l'extirpation dans les tumeurs très vasculaires, quand on peut leur reconnaître d'avance ce caractère ou transformer l'énucléation entreprise en un autre procédé, si l'on se trouve aux prises avec une hémorrhagie par trop forte. Il faut aussi savoir que les artères thyroïdiennes présentent une remarquable fragilité.

Je me suis demandé si la façon de pratiquer l'énucléation a une influence sur la perte de sang ; vaut-il mieux aller vite, comme le pensent Aug. Reverdin et J. Boeckel, je ne le crois pas ; en allant lentement on a plus de chances d'étirer les vaisseaux avant qu'ils se rompent ; il est clair que si l'on est surpris en chemin par une hémorrhagie très abondante, il est alors indiqué de terminer rapidement l'énucléation afin de pouvoir saisir les vaisseaux. Je pense aussi que si l'on énuclée régulièrement et proprement les nodules sans les pénétrer et sans déchirer la coque glandulaire, on a des chances de perdre moins de sang et c'est pour cette raisons que je ne crois pas l'énucléation massive de Poncet recommandable ; nous trouvons dans notre statistique deux cas d'énucléation massive terminés par la mort par shock hémorrhagique.

Nerfs. — Les lésions nerveuses le plus souvent indiquées à la suite des opérations du goître sont celles des récurrents.

Nous avons déjà vu les différents procédés que les chirurgiens ont imaginés pour prévenir la lésion de ces nerfs.

Sous ce rapport l'énucléation intraglandulaite présente des avantages marqués ; faite avec douceur, régulièrement, elle doit théoriquement nous mettre absolument à l'abri : il n'en est pas tout à fait ainsi parce que, très probablement, quelquefois les manœuvres, rapides par nécessité, peuvent tirailler le nerf à travers la capsule ; cependant, si nous en croyons Bergeat et Bally, qui n'ont constaté le premier que 2 cas de parésie sur 179 énucléations, et l'autre 1 cas sur 58, et que nous rapprochions ces chiffres de celui que donne Kocher pour ses 900 opérations, en grande majorité des extirpations, soit 7 p. 100, l'avantage est donc pour l'énucléation.

La résection de Mikulicz, tout en ménageant le tronc du nerf, ne nous met pas à l'abri de toute lésion au voisinage de la trachée ; l'énucléation massive de Poncet me rassure encore moins puisque l'on est exposé à sortir par places de la capsule.

Quant à la ligature artérielle, plusieurs des procédés que j'ai indiqués nous éloignent du récurrent, et l'exothyropexie, faite précisément en évitant la région de la thyroïdienne inférieure, doit être et paraît effectivement avoir été innocente de tout méfait de ce côté.

Si les opérations de goître exposent à léser le récurrent, il ne faut pas oublier que, d'un autre côté, elles peuvent faire disparaître des troubles de la phonation dus à la compression du nerf par le goître ; ce fait, contesté par Julliard autrefois, est maintenant parfaitement établi et admis par tous.

Laryngé supérieur. — Wolfler croit que ce nerf a dû être lésé plus souvent qu'on ne le pense et que sa lésion, en amenant l'anesthésie de la muqueuse du larynx, peut favoriser la pneumonie par aspiration.

Je passe sur les lésions de l'*hypoglosse* observées une seule fois et sur celles du *vague* à peine admissibles dans les goîtres non malins. Quant à celles du *sympathique*, plus fréquentes, elles peuvent être évitées ; il y a à prendre garde au sympathique lorsque l'on fait la ligature de la thyroïdienne inférieure sur le bord interne du scalène, le nerf est tout voisin.

Trachée, larynx, œsophage, plèvre. — Les lésions accidentelles de la trachée et du larynx, de l'œsophage ou de la plèvre, sont tout à fait exceptionnelles. Les douleurs de la déglutition qui s'observent à la suite des opérations de goitre, sont dues à ce que les mouvements du pharynx et de l'œsophage retentissent directement sur le foyer opératoire.

Accidents septiques. — Lorsque la réunion par première intention absolue n'est pas obtenue, il faut en accuser une faute de technique. Naturellement les opérateurs qui tamponnent de parti pris ou drainent avec

de la gaze iodoformée, au lieu de chercher la réunion immédiate, perdent les bénéfices des opérations aseptiques ; de même les goîtres exposés sont bien en danger d'être infectés et c'est un des points faibles de l'exothyropexie.

Il est intéressant de comparer sous le rapport de la suppuration l'extirpation et l'énucléation; Bergeat nous donne les chiffres suivants : 99 extirpations dont 58 guéries *per primam*, 25 avec légère suppuration et 9 avec suppuration abondante; 161 énucléations dont 133 guéries par première intention, 23 avec suppuration légère et 5 avec suppuration abondante; c'est donc assez gratuitement que Wormser invoque les microbes inclus dans le goître pour avancer que l'énucléation doit être plus dangeureuse au point de vue de l'infection.

On observe encore assez souvent, même dans les meilleures conditions d'asepsie, des pneumonies dont il est souvent difficile de déterminer la vraie cause, refroidissement, action de l'éther ou infection propagée. Je suis très sceptique en ce qui concerne l'action de l'éther; je crois que c'est encore au manque de certaines précautions que la complication est due.

Même en l'absence de toute suppuration du foyer opératoire et de toute complication viscérale, on observe assez souvent chez les opérés une fièvre plus ou moins durable, de 2 ou 3 jours à 10 et même plus, avec ascension du thermomètre quelquefois à 40°, souvent à 38°, 38° 5; Poncet et ses élèves l'attribuent à la résorption des produits de sécrétion de la glande et pour caractériser le fait l'ont baptisée : *fièvre thyroïdienne*. D'autres pensent qu'il s'agit d'une fièvre aseptique analogue à celle des grandes fractures, par exemple; discuter ce point m'entraînerait trop loin, qu'il suffise de dire que ce mouvement fébrile n'a aucune importance pronostique et qu'au point de vue diagnostique il se distingue des fièvres septiques par l'absence de troubles généraux chez le malade. Remarquons encore que la fréquence de la fièvre en question varie beaucoup suivant les opérateurs; Socin, par exemple, aurait eu 33 cas sur 53 sans aucune fièvre. D'autres, au contraire, en font presque la règle.

Accidents respiratoires. — La principale des indications d'urgence fournies par le goître est dans les troubles menaçants de la respiration. Faut-il trachéotomiser comme on le faisait autrefois sous l'empire des idées de Rose ? Nous ne le croyons pas, car la mortalité de la thyroïdectomie, après l'incision de la trachée, est considérable en raison de l'hémorrhagie toujours possible et de l'infection presque obligatoire (plaie et poumon). Il vaut donc mieux s'adresser à une de ces opérations que l'on dirige contre le goître. Mais quelle conduite doit-on tenir lorsque la trachée est ramollie ? Il faut ou essayer de soutenir la trachée par des fils comme l'ont fait Kümmel et Bottini, ou pratiquer le tubage à la façon de Doyen. Disons que l'exothyropexie et l'énucléation laissent assez de tissu glandulaire pour servir de soutien à la trachée : ces deux opérations devront donc être préférées dans les cas où l'intensité des troubles respiratoires fait soupçonner des altérations du tissu trachéal.

Tétanie et myxœdème. — La tétanie et le myxœdème paraissent dus tous deux à la perte des fonctions de la thyroïde ; ce fait paraît établi d'une façon indiscutable.

La tétanie ne se montre pas uniquement, quoique sa fréquence y soit bien plus grande, dans les suites de l'extirpation totale. Bottini a observé 21 cas de tétanie, partielle, la plupart, dit-il, après l'extirpation partielle : Szumann en signale 1 cas à la suite d'une extirpation presque totale ; Kocher dit l'avoir vu se produire d'une façon passagère dans des extirpations de goîtres malins où l'on ne pouvait laisser qu'une très petite partie de la glande ; Billroth d'après Wolfler en a vu un exemple à la suite d'une extirpation partielle. J'ai trouvé dans la littérature un cas de tétanie après une énucléation faite par Brun's où l'on avait enlevé des noyaux au nombre de 30 dans les trois lobes ; Labbé m'en a communiqué un second. Weinlechner a publié un exemple de tétanie développée chez un malade auquel il avait lié les deux thyroïdiennes supérieures.

En résumé, à ce point de vue, l'énucléation a le pas sur tous les autres procédés, parce que la partie de la glande conservée est saine, à part l'atrophie possible des couches superficielles.

Bien plus grave et fréquent est le *myxœdème consécutif* aux opérations de goître (cachexie thyréoprive de Kocher). S'il entraîne rarement la mort rapide, il persiste, quelquefois, il est vrai, en s'atténuant, et présente son plus haut degré de gravité chez les jeunes sujets dont il entrave le développement physique et intellectuel. Fort heureusement guidés par les recherches des physiologistes à la suite de celles de Schiff, nous avons maintenant dans l'opothérapie thyroïdienne un moyen de combattre ces graves accidents, dans une certaine mesure au moins.

Si le myxœdème n'est pas fatal après l'extirpation totale, comme semble le dire Kocher, il n'en est pas moins vrai que les cas les plus nombreux ont été observés à la suite de cette observation. C'est encore une raison pour y renoncer.

Ce n'est pas cependant uniquement après l'extirpation totale que le myxœdème peut se produire; je vous ai communiqué en 1886 des observations démontrant qu'il peut aussi être la conséquence des extirpations partielles et que, dans ces cas, il est ordinairement moins accentué, *fruste*, pour employer l'expression dont je me suis servi alors. Le fait est, du reste, peu fréquent et, en dehors des miens, j'en trouve seulement 5 cas dans la littérature et 5 autres sont indiqués dans ma statistique (soit 0,41 p. 100). J'ai eu connaissance d'un onzième.

Ils sont encore moins nombreux après l'énucléation,

je n'en ai trouvé que 2 et un seul fait partie de ma statistique, ce qui donne une proportion de 0,07 p. 100. Kocher cependant et son élève Wormser semblent craindre son développement après cette opération en raison des nombreuses ligatures et des sutures perdues qui amèneraient l'atrophie du tissu thyroïdien ; Kocher aurait vu dans plusieurs cas une anémie prononcée se rapprochant de la cachexie strumiprive. Ces craintes me paraissent exagérées et je me demande si dans de tels cas, où l'on a dû faire des énucléations multiples, l'extirpation partielle aurait été supérieure; c'est le contraire qui aurait dû se produire.

Roux a eu un myxœdème atténué à la suite d'une extirpation d'un lobe latéral combinée avec l'énucléation dans le médian.

Aucun cas n'a été publié pour les autres méthodes. En particulier, Trendelenburg et Rydygier affirment que le myxœdème ne se produit pas après la ligature des 4 thyroïdiennes et ce dernier a pratiqué 22 fois cette opération. C'est cependant la crainte non justifiée par les faits de la cachexie strumiprive qui a fait adopter à Kocher dans le traitement du goître exophthalmique la ligature de 3 des artères seulement.

Autres accidents nerveux. — Est-ce aussi à la suspension des fonctions de la thyroïde que l'on doit attribuer les troubles psychiques, mélancolie avec stupeur, mélancolie suicide, démence, manie, observés autrefois par Borel, les attaques épileptiques constatées par Mikulicz et l'hystérie qui s'est développée chez une de mes opérées (mutisme hystérique) ? Dans tous les cas, c'est l'extirpation totale qui avait été faite.

J'ai en outre dernièrement observé un cas de paralysie des cordes vocales probablement hystérique chez une femme à laquelle j'avais pratiqué l'énucléation.

Résultats des opérations de goitre. — Nous avons maintenant à examiner les résultats des différentes opérations de goitre et à les comparer si possible, soit au point de vue plastique, soit au point de vue fonctionnel, soit enfin à celui de la récidive.

Résultats plastiques. — Il semble acquis que la direction de l'incision n'est pas indifférente au point de vue de la cicatrice ; l'incision en collerette de Kocher est sous ce rapport supérieure à toutes les autres et la médiane verticale donne au contraire les cicatrices les plus disgracieuses ; les incisions obliques tiennent le milieu. Il est évident qu'il n'est pas indifférent de faire une suture exacte et je crois que quelques points perdus sur le peaucier sont à recommander ; chez les femmes, la suture intradermique serait encore avantageuse. Il est évident que si la plaie suppure ou si la réunion n'est pas immédiate, nous sommes exposés à avoir une cicatrice plus ou moins difforme. Dans l'exothyropexie, la plaie est forcément laissée ouverte et c'est un des inconvénients de cette méthode de donner lieu à une cicatrice des plus apparentes si l'on en juge par les figures publiées.

Les extirpations unilatérales ou partielles peuvent laisser un cou dissymétrique. L'énucléation nous permettant, sans dangers de myxœdème, de débarrasser les deux lobes, nous donne des chances meilleures au point de vue plastique : elle permet également d'éviter la dépression disgracieuse que parfois le cou présente du côté opéré.

Résultats fonctionnels. — Les opérations de goitres sont en général suivies au point de vue fonctionnel de résultats satisfaisants. La dysphagie cesse ; la dyspnée disparaît dans la grande majorité des cas de même que les troubles circulatoires.

La persistance de la dyspnée peut tenir à la méconnaissance d'une partie de la tumeur laissée en place, ou aux déformations de la trachée. Les faits semblent indiquer cependant que lorsque la tumeur a été enlevée ou vidée par l'énucléation, ces lésions trachéales se réparent d'elles-mêmes, et Poncet et ses élèves paraissent être seuls aujourd'hui de l'avis que la trachéotomie et ce qu'ils appellent le calibrage de la trachée sont nécessaires.

Récidives. — Toutes les opérations aujourd'hui admises dans le traitement du goitre exposent à la récidive, puisque la seule qui nous mettrait à l'abri, l'extirpation totale, doit être proscrite.

Il est difficile de se faire sur ce sujet une opinion ferme au milieu des renseignements plus ou moins contradictoires que nous avons à notre disposition. Il me semble cependant en résulter que, sous ce rapport la différence absolue n'est pas très grande entre les procédés rivaux, et particulièrement entre l'extirpation partielle et l'énucléation ; et que les récidives nécessitent rarement une nouvelle intervention.

Avantages et inconvénients des différentes méthodes opératoires. — Il nous reste maintenant à comparer les différentes méthodes opératoires au point de vue des dangers qu'elles font courir soit au point de vue vital, soit au point de vue fonctionnel, à celui des résultats qu'elles nous permettent d'obtenir et à déterminer si possible leurs indications respectives.

Nous avons établi qu'au point de vue de la mortalité l'énucléation de Socin l'emporte largement sur toutes les méthodes rivales ; qu'elle nous met mieux que d'autres à l'abri des lésions des organes voisins et en particulier des nerfs récurrents, qu'elle n'expose que tout à fait exceptionnellement soit à la tétanie, soit au myxœdème, que ses résultats au point de vue plastique sont également les meilleurs. L'hémorrhagie, que quelques chirurgiens paraissent redouter dans cette méthode, est en général sans dangers sérieux et la crainte des récidives a été fort exagérée ; une récidive d'ailleurs vient-elle à nécessiter une nouvelle intervention, nous nous trouvons encore dans de bien meilleures conditions qu'après une extirpation ou une résection, puisque nous n'avons pas déjà sacrifié une partie saine de la glande.

Pour toutes ces raisons je n'hésite pas à considérer l'énucléation intraglandulaire comme l'opération de choix, quand elle est praticable.

Mais quelle est la proportion des goîtres énucléables? En ce qui me concerne je suis arrivé, après avoir considéré autrefois cette méthode comme exceptionnellement applicable, à faire sur une série de 35 opérations 32 énucléations contre 3 extirpations partielles, et encore dans deux de ces derniers cas l'extirpation répondait à des indications toutes spéciales. Je signerais donc volontiers cette phrase que m'écrivait Socin : « Je crois que maint chirurgien fera la même expérience que j'ai faite, à savoir que le nombre des énucléations augmente avec la bonne volonté de l'opérateur».

Dans les autres cas nous avons à choisir entre de nombreuses méthodes. Ma manière de voir relativement à l'*exothyropexie* et à l'*énucléation* massive se déduit de ce que j'ai dit plus haut ; je ne les crois ni l'une ni l'autre applicables avec avantage qu'exceptionnellement. L'exothyropexie se justifie comme opération d'urgence et pour parer à la suffocation, mais pour le goître simple, du moins, ses indications se bornent là ; les dangers de la production d'une vaste surface suppurante, ceux des hémorrhagies pendant le cours de la guérison, la lenteur de celle-ci, la difformité de la cicatrice et les doutes sur la réalité d'une guérison durable ne permettent en aucune façon d'en faire une opération de choix. Je ne puis la considérer autrement que comme un succédané de la trachéotomie dans les goitres suffocants et je la voudrais faire suivre, le danger passé, d'une extirpation secondaire.

J'ai dit pourquoi je crois l'*énucléation massive* dangereuse, je n'y reviens pas.

Les *ligatures artérielles* ne sont pratiquées avec succès que dans les goîtres vasculaires. Quant à l'*évidement* de Kocher ce n'est, comme son auteur lui-même le pense, qu'une ressource exceptionnelle.

Il ne nous reste plus à examiner que l'*extirpation*, la *résection*, la *dislocation* et les *opérations combinées*.

Lorsque la maladie est nettement limitée à l'un des lobes, l'*extirpation unilatérale* paraît le meilleur des procédés, à condition que l'on se mette à l'abri des lésions d'organes voisins et en particulier du récurrent.

Lorsque les deux lobes, et peut-être l'isthme avec eux, sont envahis, ce sont les procédés de *résection* qui me paraissent les plus appropriés et, suivant les cas, suivant le siège des dégénérescences, on conservera tantôt l'une, tantôt l'autre partie de chaque lobe; il faut, comme l'on dit, dans ces cas, *individualiser*, et l'on ne peut tracer une ligne de conduite absolue et invariable. Enfin si, ayant extirpé un lobe, nous nous apercevons que c'est l'autre qui comprime la trachée et aurait dû être sacrifiée ou bien si une récidive s'y produit, nous avons encore une ressource dans la *dislocation de Wölfler*.

Il se pourra faire encore que la première opération ait été assez parcimonieuse ou que la récidive soit assez limitée pour que nous puissions recourir, soit d'emblée à une *extirpation-résection*, soit à une *résection secondaire complémentaire*.

Bien rares seront, je crois, les cas où l'*extirpation-énucléation* sera indiquée; l'énucléation tout court, dans les deux lobes s'il le faut, me semble préférable sans hésitation.

Je ne reviendrai pas sur les critiques que j'ai déjà formulées sur les procédés particuliers d'extirpation où d'énucléation de Wolff, de Bahn, de Bose, de Zœge von Manteuffel, de Niehans, de Doyen, etc., et je passe aux goîtres anormaux ou compliqués.

Goitres anormaux ou compliqués. — *Goitres anormaux par leur siège.* — Ces goîtres sont ou les prolongements de la thyroïde malade, *goitres accessoires, reliés*, séniles ou pédiculaires, ou sont développés dans les glandes thyroïdiennes accessoires, *goîtres accessoires vrais*. Enfin, il y a les goîtres *endotrachéaux, endolaryngiens* et ceux de la base *de la langue*. Ceux qui occupent les régions latérales ou supérieures sont généralement énucléables : ils ne présentent donc pas d'indications spéciales. Pour les autres, il faudra pratiquer des résections osseuses pour se donner du jour.

Les goîtres plongeants ou enthoraciques donnant fréquemment lieu à des accidents des suffocation et la luxation de la tumeur faisant en général cesser les accidents, l'exothyropexie y peut trouver à titre d'opération palliative d'urgence une bonne indication

Les tumeurs développées en arrière, entre la trachée et l'œsophage ou entre le conduit alimentaire et la colonne vertébrale, les goitres circulaires donner lieu aux plus grandes difficultés opératoires : la dissection des prolongements devra être faite avec les plus minutieuses précautions; heureusement ces cas sont relativement rares.

Quelle que soit la situation d'une tumeur thyroïdienne reliée avec la glande ou formée aux dépens d'une thyroïde accessoire vraie, il faut se rappeler qu'elle conserve les caractères des goîtres au point de vue de la vascularisation ; aussi devra-t-on choisir en conséquence les procédés d'exérèse.

Goîtres congénitaux. — D'après Demme, il existe deux catégories de goîtres à la naissance, les uns de nature congestive et qui rétrogradent ordinairement, d'autres analogues aux goîtres des adultes ou bien constitués comme de véritables tératomes; ces deux dernières classes de tumeurs peuvent donner lieu à des indications d'urgence. Des cas de ce genre, peu nombreux encore, qui ont fait l'objet d'interventions opératoires, il ressort qu'ils doivent être opérés comme chez l'adulte et en évitant la trachéotomie ; malgré plusieurs échecs, le succès de Schimmelbusch est fait pour encourager.

Goîtres enflammés. — Nous avons à choisir pour le

traitement de ces goîtres enflammés entre l'ablation de la tumeur et l'incision.

Les matériaux que j'ai pu rassembler sur ce point ne sont pas assez nombreux pour me permettre de poser des conclusions fermes et je ne donne ce qui suit que comme le résultat des impressions que m'a laissées cette étude, résultat sujet à revision. Il est évident que si l'on peut supprimer en totalité le foyer inflammatoire, sans crainte d'inoculer les parties encore saines voisines, cette manière de faire est la plus radicale et celle qui coupera court le plus rapidement possible aux accidents ; donc, tout à fait au début, l'extirpation du lobe enflammé ou l'énucléation du kyste infecté pourront donner des résultants brillants (Roux). Mais il n'y a pas là seulement une question d'âge de l'inflammation, il y a aussi une question de virulence sur laquelle nous avons quelques données encore bien incomplètes. D'autre part, comme le fait remarquer Roux, l'incision d'un goître enflammé de fraîche date fait courir des chances d'hémorrhagie, nouvelle raison en faveur de l'extirpation au début.

Plus tard l'inflammation d'abord circonscrite dans le goître a plus ou moins diffusé dans le voisinage, et des adhérences se sont formées, d'où des difficultés pour pratiquer l'extirpation et des dangers de propagations inflammatoires et suppuratives ; à cette période l'incision n'expose plus guère aux hémorrhagies, elle donne libre issue au pus et aux débris de la tumeur et promet un résultat en général favorable ; la guérison définitive, il est vrai, peut être longue à obtenir et nécessiter quelques interventions secondaires. Lorsque enfin l'inflammation est de vieille date, dans les kystes en particulier, il arrive que la virulence a disparu et, surtout s'il s'agit de poches épaisses, l'énucléation redevient possible et avantageuse.

L'extirpation peut encore être indiquée dans les goîtres enflammés autrefois et restés fistuleux ; le curage des fistules et des produits calcaires, qui parfois les entretiennent, ne permet qu'une guérison lente, bien plus rapidement obtenue à la suite de l'extirpation ou de l'énucléation quand elle est possible.

Je mentionne en terminant ces cas très rares d'inflammation chronique observés par Riedel, Cordua et Tailhefer et dont ce dernier vous a entretenus au Congrès de 1896 ; l'opération, restée partielle à cause des adhérences aux vaisseaux, a cependant amené une amélioration dans l'état des sujets qui ont survécu.

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire hypodermique et opothérapique, par le Dr Boisson et J. Mousnier. Paris, Lib. J. B. Baillière et fils, 1899. — La méthode hypodermique a pris actuellement une grande extension, et il n'est pas de praticien qui n'ait journellement l'occasion d'y avoir recours depuis que la méthode a reçu des applications si variées. Dans quelques cas, elle se présente comme une indication inéluctable, que l'on veuille compter sur des effets rapides, par suite d'une absorption qui serait trop longue par l'estomac, soit que ce dernier organe ne puisse être pris par voie d'introduction. Qui ne connaît aujourd'hui les bienfaits des injections massives de sérum artificiel ? Le formulaire hypodermique de MM. Boisson et Mousnier répondait donc à un besoin de la pratique courante et il est venu en son temps pour vulgariser une méthode thérapeutique qui a fait ses preuves.

L'ouvrage est divisé en quatre parties. La première partie a trait à la technique hypodermique, à l'action physiologique et aux applications thérapeutiques en général. Un formulaire hypodermique forme la seconde partie et comprend un très grand nombre de formules de solutions destinées aux injections sous-cutanées. La troisième partie donne par ordre alphabétique un mémorial thérapeutique. C'est la partie la plus développée de l'ouvrage dans laquelle le praticien trouvera les indications des injections hypodermiques dans toutes les maladies où elles trouveront un emploi utile. La quatrième partie est un résumé pratique de la méthode opothérapique. En résumé, la formulaire hypodermique de MM. Boisson et Mousnier mérite d'être signalé à la pratique médicale, car il est destiné à donner rapidement des renseignements sur une méthode peu répandue en ce qui est de certains traitements.

L. J.

REVUE DE LA PRESSE

Pemphigus hystérique avec œdème bleu, par V. Durand. — Mme R... âgée de 36 ans, repasseuse, se présente le 9 février 1898 à la consultation du professeur Audry. Pas d'antécédents morbides héréditaires. Dans les antécédents personnels de la malade, il faut noter des bâillements fréquents, la sensation de boule. Règles à 15 ans, irrégulières, 2 enfants bien portants. Une première crise d'hystérie est survenue de 7 à 8 mois avant l'examen de la malade ; puis les attaques se renouvellent fréquemment à la suite de contrariétés.

La première attaque a été suivie d'un œdème des mains et des avant-bras, œdème présentant tous les caractères de l'œdème bleu et disparaissant de 4 à 5 jours après. Deuxième attaque suivie des mêmes phénomènes.

Dans les attaques suivantes, l'œdème bleu s'est compliqué de lésions de pemphigus qui ont siégé d'abord à l'avant-bras et sur le bras droit, plus tard sur le thorax et l'abdomen en même temps que sur les régions précédentes.

Au moment de l'examen, la malade présente sur l'avant-bras, tout le bras droit en même temps que la

face antérieure du thorax et les seins des taches brunes, irrégulières, presque confluentes par places, qui sont les vestiges des anciennes bulles. Ces bulles n'ont jamais été suivies de grosses croûtes. Au nombre d'une douzaine, elles sont disséminées sur le thorax d'une façon irrégulière, du volume d'une noisette à celui d'une grosse noix, à contenu opalin.

Le traitement a consisté en douches tièdes quotidiennes. (*J. des mal. cutanées et syp.* Sept. 98). Dr B.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 octobre 1898. — Présidence de M. Van Tieghem

Augmentation du poids du corps et transformation de la graisse en glycogène. — M. Ch. Bouchard. Au cours d'observations que je poursuis, depuis trois ans, sur les variations du poids du corps dans des périodes de temps où l'économie n'a reçu d'autres *ingesta* que les gaz atmosphériques et où elle n'a rendu d'autres *excreta* que les matières de la perspiration cutanée et de l'exhalation pulmonaire, les autres *excreta* étant retenus dans la vessie et dans l'intestin, il m'est arrivé de constater, contrairement à la règle, des augmentations de poids. Les deux premières fois, je crus avoir été victime d'une erreur ; une troisième fois, j'étais certain du résultat observé. Depuis cette époque, j'ai renouvelé mes recherches à l'aide d'un instrument beaucoup plus sensible, la bascule enregistrante de Rédier, et, deux fois, je vis s'inscrire l'augmentation du poids du corps de l'homme placé sur le plateau. Au cours de cet été, j'ai constaté encore trois fois une augmentation de poids, qui a été de 10 gr., 20 gr., 40 gr. en une heure chez un homme pesant 86 kg. Jamais l'augmentation de poids n'a duré plus d'une heure.

Quand, au lieu de peser l'homme à l'air libre, on le place dans un espace clos, où l'on fait pénétrer un air privé de vapeur d'eau et où ce même air, à sa sortie, est dépouillé par l'acide sulfurique de l'eau qu'il a puisée dans le corps de l'individu, où il est dépouillé par la potasse de l'acide carbonique que le corps lui a livré, l'ensemble du système : homme, tubes à acide sulfurique et tubes à potasse, dénote toujours une augmentation de poids. Cette augmentation représente exactement le poids de l'oxygène consommé.

Mais l'homme lui-même a perdu de son poids. Cette diminution est la règle, on voit que cette règle a ses exceptions.

Quand l'homme est à l'air libre sur le plateau d'une balance, il perd constamment par la peau et par les poumons de l'eau et de l'acide carbonique. Si, cependant, son poids augmente, ce ne peut être que parce qu'il reçoit, pendant ce temps, par la respiration, de la matière qu'il fixe dans son corps et dont la masse compense ses pertes et au delà.

Quelle est la matière qui, puisé dans l'air et fixée dans le corps, peut produire un tel résultat ? La vapeur d'eau, l'acide carbonique, l'azote, l'oxygène ? Je ne parle pas des nouveaux gaz.

L'eau de l'air atmosphérique ne peut pas se fixer dans le corps. En effet, l'air entre rarement saturé d'eau ; il entre presque constamment à une température inférieure à celle du corps ; il sort toujours à la température du corps et toujours saturé. Il enlève donc nécessairement de l'eau au corps et ne peut jamais lui en livrer.

L'acide carbonique de l'air ne peut pas être invoqué pour expliquer, je ne sais par quel procédé, une augmentation de poids qui peut être de 40 gr. en une heure, l'air qui traverse les poumons pendant ce temps ne pouvant y introduire que 25 cgr de CO^2 environ.

De même que l'acide carbonique, nécessaire à la croissance des plantes, ne saurait expliquer l'augmentation de poids des animaux, de même l'azote que fixent certains microbes ne sera pas invoqué pour expliquer les faits que je signale. Cela supposerait la fixation de plus de 11 pour 100 de l'azote inspiré. Je n'ai pas fait la vérification expérimentale, mais je ne m'arrête pas à cette hypothèse.

C'est donc l'oxygène seul qui, en se fixant dans le corps, peut nous expliquer l'augmentation du poids.

Par quel procédé ?

Ce n'est pas par dissolution, 0 gr. 12 d'oxygène suffiraient pour saturer le corps tout entier.

Ce n'est pas par combinaison avec l'hémoglobine. Si toute l'hémoglobine du corps était réduite, il suffirait de 2 gr. d'oxygène pour la faire passer à l'état d'oxyhémoglobine.

Ce ne peut donc être que par quelqu'une de ces oxydations complètes ou incomplètes qui interviennent au cours des métamorphoses destructives que subissent, dans l'économie, les albumines, ou les hydrates de carbone, ou les graisses.

La destruction de l'albumine se fait par hydratation sans oxydation ; elle ne peut donc pas être mise en cause. Les oxydations n'interviennent que dans la phase ultime de la destruction, quand se brûle le sucre fourni par le glycogène dérivé de cette albumine. Nous allons le retrouver dans un instant.

Je dois dire pourtant que dans la formule de la destruction de l'albumine telle que l'a donnée. A. Gautier, une molécule d'albumine livre six atomes d'hydrogène dont l'oxydation peut fixer dans le corps, à l'état d'eau, trois molécules d'oxygène : car l'acide carbonique à peine formé s'élimine, l'eau formée dans le corps y peut séjourner L'hydratation de l'albumine entraîne donc une oxydation immédiate qui produit une variation de poids positive. Cette variation pour 1 d'albumine détruite est + 0,03. Comme la quantité d'albumine qui se détruit en une heure dépasse rarement 4 gr. ou 5 gr., la première phase de l'élaboration de l'albumine ne pourrait augmenter le poids du corps que de 0 gr. 12 ou 0 gr. 15. D'autres oxydations tout aussi peu importantes peuvent se produire dans le genre de celle qui fait passer une petite portion de l'acide urique à l'état d'urée. On n'y trouvera pas l'explication d'augmention de poids de 40 gr. en une heure.

L'élaboration du sucre peut encore moins rendre compte de ces augmentations. 1 gr. de glycose, pour se brûler dans le corps, prend à l'air 1 gr. 067 d'oxygène ; mais cet oxygène quitte immédiatement l'économie à l'état de CO^2, La variation de poids est négative, elle résulte de l'élimination du carbone ; pour 1 de glycose brûlée elle est = 0,4.

Mais le sucre peut subir une autre métamorphose, il peut se transformer en graisse. La formule que Hanriot a donnée de cette opération, qui s'accomplit sans intervention

de l'oxygène de l'air, montre que le résultat est encore une diminution : la variation de poids pour 1 de glycose transformée en graisse est — 0,432.

L'hydratation de l'albumine ne donne donc qu'une augmentation de poids insignifiante, 0,03 pour 1 d'albumine hydratée. Les métamorphoses de la glycose donnent toutes des diminutions de poids. Voyons ce que va produire l'élaboration de la graisse.

Si je prends la graisse mixte, l'oléo-stéaro-margarine, qui a pour formule $C^{55}H^{104}O^6$, son oxydation complète à l'aide de 156 molécules d'oxygène donne 55 molécules de CO^2 qui vont s'éliminer et 52 molécules d'eau qui vont rester en fixant dans le corps 46 molécules d'oxygène. C'est, pour 55 atomes de carbone éliminés, 46 molécules d'oxygène fixées ; en poids 660 de carbone perdus, 736 d'oxygène gagnés, pour une molécule de graisse qui pèse 860. C'est une augmentation de poids, mais une augmentation minime. Pour 1 de graisse brulée, la variation de poids est + 0,088. Les augmentations de poids constatées supposeraient la combustion de plus de 1 kg. de graisse en une heure.

Il est une dernière métamorphose de la matière dont la réalité est constatée par presque tous les chimistes et par a majorité des physiologistes. J'ai longtemps hésité à l'admettre, il me semble aujourd'hui qu'elle s'impose parce qu'elle explique les augmentations de poids qui nous occupent et parce que seule elle peut les expliquer.

Bernard avait admis que la glycérine peut être génératrice de glycogène ; Seegen a pensé que le sucre peut dériver de la graisse ; Chauveau a multiplié les raisons que tendraient à faire admettre cette transformation dont il a donné la formule hypothétique.

J'introduis seulement dans la théorie et dans la formule de Chauveau une légère modification. J'admets que la graisse se transforme non en sucre, mais en glycogène. D'ailleurs, si du sucre s'est formé primitivement, ce sucre peut secondairement se transformer en glycogène Si, comme je vais essayer de le prouver, les augmentations de poids qui nous occupent peuvent être produites par une oxydation incomplète de la graisse, le produit fixe de cette oxydation ne peut pas être du sucre, attendu que, ou bien ce sucre se brûlerait ou se transformerait, ce qui amènerait une diminution de poids ; ou bien ce sucre s'accumulerait, ce qui produirait une glycosurie que j'ai cherchée et qui n'existe pas. J'admets que le produit direct ou indirect de cette oxydation incomplète est le glycogène, substance qui peut s'accumuler, qui peut se fixer dans beaucoup de tissus et de cellules, jusque dans les leucocytes ; qui se trouve en notables proportion dans le tissu le plus abondant de l'économie, dans les muscles ; qui peut se trouver en très forte proportion dans l'organe le plus volumineux, dans le foie. Je modifie de la façon suivante la formule de Chauveau :

$$\underbrace{(C^{55}H^{104}O^6)}_{\text{graisse}} + 60\,O = 12\,(H^2O) + 7\,(CO^2) + \underbrace{8\,(C^6H^{10}O^5)}_{\text{glycogène}},$$

ce qui en poids s'exprimerait ainsi :

860 de graisse avec 960 d'oxygène donnent 216 d'eau, 308 d'acide carbonique et 1296 de glycogène. Le glycogène et l'eau restent, l'acide carbonique s'élimine, l'augmentation de poids est considérable. Pour 1 de graisse oxydée incomplètement, la variation du poids est + 0,758.

Si un homme ne subissait pas d'autre perte que celle de l'acide carbonique produit par cette opération et si son poids augmentait de 40 grammes en une heure, l'oxydation incomplète de 52 gr. 76 de graisse suffirait pour expliquer cette augmentation, qui s'accompagnerait d'une production de 79 gr. 5 de glycogène.

Ceci est la théorie. J'ai cherché à la juger par l'expérience.

L'étude des variations du poids chez divers animaux m'avait toujours fait constater des diminutions. J'ai pensé que si, par le jeûne, on provoquait un grand besoin de formation de glycogène, que si l'on rompait ce jeune par l'ingestion d'une grande quantité de graisse, que si l'on réduisait au minimum le besoin d'oxydation ou de destruction du sucre et, par conséquent, de transformation de glycogène, on aurait le plus de chances de former et de conserver du glycogène dérivé de la graisse et de constater enfin des augmentations de poids.

Expérience I. — J'ai échoué chez le lapin. Un lapin roux pesant 3420 grammes est privé d'aliments pendant trois jours, mais a de l'eau à sa disposition. Le 31 août, à 10 heures du matin, on lui fait ingérer 30 grammes d'huile d'olive. A 10 h. 20, après évacuation, son poids est de 3163 grammes. L'animal ne reçoit ni aliments ni eau et n'élimine ni urines ni matières fécales jusqu'à 7 h. 15 du soir. Je constate les modifications suivantes du poids du corps :

10 h. 20	matin.....	3163 grammes
10 h. 40	—	3162 —
11 h.	—	3161 —
11 h. 10	—	3160 —
11 h. 20	—	3159 —
1 h. 50	soir	3145 —
2 h. 33	—	3141 —
7 h. 15	—	3120 —

La diminution de poids a été constante, de 1 gr. 525 en moyenne par heure et par kilogramme. Le lendemain, les évacuations démontraient que l'huile n'avait pas été complètement absorbée ni digérée.

Expérience II. — Une souris grise, en inanition depuis la veille, est placée dans une boîte de fer blanc sur le plateau d'une balance de précision, le 7 septembre 1898 à 10 h. 13 du matin ; son poids est 15 gr. 744. De temps à autre on équilibre. Le tableau suivant donne les variations du poids.

Variation de poids.

	h. m.	gr.	
7 sept. :	10.13 mat...	0	
—	11.38 — ...	0,036	
—	1.41 soir...	0,107	
—	2.47 — ...	0,189	On introd. 0 gr. 476 de graisse.
—	4.07 — ...	0,265	
—	10.15 — ...	0,669	
8 sept. :	7.55 mat...	0,626	La graisse est mangée.
—	8.42 — ...	0,664	
—	10.50 — ...	0,706	

Il y a eu constamment diminution graduelle, sauf entre 10 h. 15 du soir et 7 h. 55 du matin. Pendant ce temps, il y a eu augmentation de 0 gr. 053. Dans la période qui a précédé cette augmentation, la perte moyenne, par heure, en rapportant au kilogramme, était 4 gr. 284 ; pendant la période qui a suivi l'augmentation, la perte par heure et par kilogramme était 3 gr. 078. Pendant la période inter-

médiaire, il y a eu, en moyenne, *augmentation* de 0 gr.396 par heure et par kilogramme.

Expérience III. — Un chien privé d'aliments solides depuis deux jours reçoit, le 17 septembre 1898, à 11 h. du matin, 205 gr. de graisse de bœuf. Son poids est 10 k. 770. Il est placé dans une cage, sur la bascule enregistrante de Rédier; le style se déplace vers la gauche, ce qui indique une diminution de poids, jusqu'à 4 h. 55 du soir.

A partir de ce moment, il se dirige vers la droite jusqu'à 6 h. 30. Le déplacement se fait alors de nouveau vers la gauche indiquant une perte de poids. Pendant les quatre-vingt-quinze minutes de 4 h. 55 à 6 h. 30 le déplacement mesuré sur une ligne horizontale a été de 4 mm. ce qui correspond à une *augmentation* de poids de 4 gr. 704, soit 0 gr. 276 par heure et par kilogramme.

Expérience IV. — Le même chien qui, dans l'intervalle, avait été bien nourri, est privé pendant deux jours d'aliments, mais reçoit de l'eau. Le 30 septembre 1898 à 3 h. 30 du soir, il reçoit 490 gr. de graisse de bœuf, puis il est placé dans une cage sur la bascule enregistrante. Son poids diminue jusqu'à 10 h. 10 du soir, puis le style se dirige vers la droite jusqu'au lendemain 10 h. 30 du matin; après quoi, le déplacement se fait de nouveau vers la gauche indiquant que la perte de poids recommence. Le déplacement vers la droite, mesuré en ligne horizontale, est de 9 mm., indiquant une augmentation de poids de 10 gr. 584 en douze heures vingt minutes, soit une *augmentation* de 0 gr. 08 par heure et par kilogramme.

Les trois dernières expériences établissent la réalité et donnent l'explication de ce fait paradoxal : l'augmentation de poids d'un animal qui n'ingère rien. Elles peuvent être invoquées à l'appui de l'opinion qui veut que la graisse, comme les hydrates de carbone et comme l'albumine, puisse, dans certaines conditions, donner naissance au sucre.

L'amputation interscapulo-thoracique (amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc) dans le traitement des tumeurs malignes de l'extrémité supérieure de l'humérus. — M. Paul Berger. En 1887, dans un Ouvrage auquel l'Académie a bien voulu décerner une mention au concours du prix Montyon, j'appelais l'attention sur l'amputation qui consiste à enlever, en même temps que le membre supérieur, la totalité de l'omoplate et la plus grande partie de la clavicule.

Dans ce travail, je précisai dans tous ses détails la technique de cette opération; je fis voir que, grâce à la ligature de l'artère et de la veine sous-clavières qui en constitue le premier acte, cette amputation était d'une exécution facile et très sûre. J'insistai particulièrement sur ses indications dont les plus favorables sont celles que lui fournissent les tumeurs malignes de l'extrémité supérieure de l'humérus.

L'amputation interscapulo-thoracique a été, depuis lors, pratiquée un assez grand nombre de fois pour des affections de cette nature; j'ai pu en relever 46 observations dans la littérature médicale.

J'y ai eu recours moi-même pour la deuxième fois, dans un cas dont voici la relation abrégée :

Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans qui, depuis un peu plus de trois mois, avait vu se développer rapidement une tumeur au niveau de l'épaule droite; celle-ci, qui avait le volume d'un œuf de dinde, avait manifestement pris naissance au voisinage du col chirurgical de l'humérus; elle avait envahi les muscles scapulaires et le deltoïde, et elle présentait tous les caractères des tumeurs malignes que l'on observe dans cette région. Le choix du mode d'intervention ne pouvait être douteux; l'amputation interscapulo-thoracique fut exécutée le 10 mars 1897.

La résection de la partie moyenne de la clavicule permit de pratiquer aisément la section de l'artère et de la veine sous-clavières entre deux ligatures. Le reste de l'opération se fit presque sans perte de sang. En enlevant l'omoplate et le membre supérieur, on découvrit dans la région axillaire une grosse masse de ganglions envahis qui furent extirpés.

Malgré l'étendue de cette perte de substance, il n'y eut ni shock opératoire, ni suppuration. Le malade put quitter son lit moins d'une semaine après l'opération.

L'examen histologique de la tumeur, pratiqué par mon chef de laboratoire, M. le Dr Fernand Bezançon, confirma la nature maligne du produit pathologique; il s'agissait d'un myxome développé au voisinage du canal médullaire de l'humérus. Cette tumeur avait perforé la lame osseuse compacte et envahi les muscles, les tissus péri-articulaires et les ganglions de l'aisselle.

J'ai voulu attendre, pour publier cette observation, que la guérison définitive pût être considérée comme certaine; dix-huit mois se sont passés depuis l'opération et ce que nous savons des récidives, généralement si précoces, à la suite de l'extirpation des sarcomes des os longs et des tumeurs analogues, nous fait espérer que l'opéré est à l'abri de tout danger de cette espèce.

Au moment où je rédigeais cette observation, je recevais des nouvelles du sujet sur lequel pour la première fois j'avais pratiqué la même opération. Il s'agissait d'une énorme tumeur cartilagineuse récidivée de l'extrémité supérieure de l'humérus. Non seulement la tumeur ne s'était pas reproduite, mais depuis quinze ans, malgré cette énorme mutilation, mon opéré remplissait à la campagne les fonctions de facteur des postes et distribuait les lettres sur un parcours de 30 kilom.; il me demandait un certificat pour être admis à la retraite.

Voilà donc deux cas, les seuls de ma pratique dans lesquels j'ai eu l'occasion d'opérer l'ablation totale du membre supérieur avec l'omoplate; tous les deux se sont terminés par la guérison, et par une guérison durable constatée dix-huit mois dans un cas, quinze ans dans l'autre, à la suite de l'opération.

L'étude des quarante-quatre autres faits dont j'ai pu recueillir l'indication confirme ce que ces résultats pouvaient déjà faire présumer, tant au point de vue de l'innocuité qu'à l'égard de l'efficacité de cette opération.

Pratiquée quarante-six fois pour des tumeurs de l'extrémité supérieure de l'humérus, l'amputation interscapulo-thoracique n'a déterminé la mort que dans deux cas : une fois chez un enfant de deux ans (Kenneth M. Leod), l'autre fois dans un cas où, à l'ablation totale du membre supérieur, il fallut ajouter la résection partielle du sternum et de la première côte, et où Bergmann dut pratiquer la ligature de la veine cave supérieure et tamponner le médiastin.

On peut donc affirmer que, pratiquée pour les tumeurs de l'humérus en dehors de toute complication et dans des conditions suffisantes de résistance de la part du sujet qui

doit la subir, l'amputation interscapulo-thoracique n'est pas une opération très grave, que la mortalité qu'elle entraîne est insignifiante et n'excède pas celle que donne la désarticulation scapulo-humérale.

Les résultats qu'elle donne, au point de vue des guérisons définitives qu'elle assure et de la proportion des récidives qu'on observe à sa suite, ne sont pas moins dignes d'intérêt.

Des quarante-six malades sur lesquels l'amputation interscapulo-thoracique a été pratiquée pour des tumeurs de l'extrémité supérieure de l'humérus, deux sont morts; treize n'ont pu être suivis un temps assez long pour que leur observation ait quelque valeur au point de vue de la cure définitive de l'affection. Dans les trente et un cas qui restent, la récidive ou la généralisation toujours précoce de la néoplasie a été observée quatorze fois; dix-sept fois la guérison s'est maintenue et a pu être constatée, dont dix fois plus d'un an après l'opération.

Or, comme la récidive, dans tous les cas où elle est survenue sauf un, s'est montrée moins de dix mois, le plus souvent quatre à six mois après l'amputation, nous pouvons considérer les opérés qui, depuis plus d'un an, n'ont pas vu se produire de récidive comme presque à l'abri de ce danger : la proportion des guérisons définitives, procurées par l'amputation du membre supérieur pour les tumeurs malignes de l'extrémité supérieure de l'humérus, serait donc environ de 33 pour 100. Cette proportion est des plus satisfaisantes, si l'on s'en rapporte au pronostic ordinaire des ostéo-sarcomes des membres qui, presque toujours, récidivent après l'amputation, et particulièrement aux résultats que donne la désarticulation scapulo-humérale dans les cas de ce genre.

On peut conclure de ces faits que l'amputation interscapulo-thoracique est l'intervention de choix dans le traitement des tumeurs malignes de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Sa gravité n'excède pas celle de la désarticulation de l'épaule et elle place l'opéré dans des conditions infiniment meilleures au point de vue de la guérison définitive, puisque la section se fait bien au delà des limites du mal, dans les parties saines, et qu'elle supprime du même coup les voies par lesquelles se fait sa propagation, principalement les muscles qui environnent l'articulation scapulo-humérale et qui sont le principal agent de cet envahissement.

Quant à la déformation en apparence si considérable et à l'impotence qui en sont la conséquence forcée, elles peuvent être atténuées au moyen d'appareils prothétiques qui ne diffèrent guère de ceux que l'on emploie à la suite de la désarticulation de l'épaule.

Je veux, en terminant, insister encore sur la condition essentielle qui doit régir la technique de l'amputation interscapulo-thoracique, et à laquelle celle-ci doit son innocuité : c'est la ligature de l'artère et de la veine sous-clavières que l'on pratique dans le premier temps de l'opération, grâce à la résection de la partie moyenne de la clavicule. Cet acte accompli, l'opération s'achève sans difficultés et sans perte de sang notables, en se conformant aux règles que j'ai développées dans l'ouvrage auquel l'Académie a bien voulu décerner la distinction que je rappelais au commencement de ce travail.

Sur l'impression tactile due au contact d'une succession de reliefs représentant un objet mobile dans ses différentes positions — M. Dussaud, je me suis proposé d'étudier l'impression produite en faisant passer plus ou moins vite au contact des doigts une série de reliefs représentant un objet mobile dans ses différentes positions successives.

Ces reliefs, tous de même dimension, sont produits à la suite les uns des autres sur une même bande passant juste au-dessous d'une ouverture égale à l'un d'eux. Un mécanisme permet de faire succéder très brusquement un relief à un autre et de laisser chacun d'eux immobile juste au-dessous de l'ouverture égale à l'un d'eux, pendant un laps de temps facultatif.

De cette façon, j'ai pu étudier les sensations tactiles au point de vue du temps nécessaire à leur production plus ou moins bien définie, à la durée de leur persistance et à leur susceptibilité d'éducation.

En effet, avec de l'exercice, on reconnaît assez vite un relief et, comme on ne se rend pas compte de la substitution du relief suivant à cause du changement qui est très brusque, on a l'impression que l'objet représenté est en mouvement. Ce dispositif permet à des personnes, de tout temps privées de la vue, de s'exercer à acquérir la notion du mouvement et du déplacement des choses comme, par exemple, le déferlement de la vague, le balancement des branches, le vol des oiseaux, etc.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 octobre 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

La correspondance comprend un pli cacheté adressé par M. Pedro Benedict.

Rapports de prix. — M. Périer lit un rapport sur les travaux envoyés pour le concours du prix Chevillon.

M. Reclus, à propos d'un des travaux sur lesquels porte ce rapport, réclame pour lui la priorité de l'emploi du chlorate de soude dans le traitement du cancer; malgré un succès obtenu au début, M. Reclus a d'ailleurs abandonné complètement ce traitement.

M. Rendu a fait un rapport sur les travaux envoyés pour le prix Aubert.

Traitement des anévrysmes par les injections sous-cutanées de gélatine. — M. Lancereaux présente un malade qui avait un énorme anévrysme de l'aorte, anévrysme qui a considérablement diminué de volume. Récemment il s'est fait une fissure entre les caillots qui tapissaient la paroi de cette énorme poche et ils s'est produit un nouveau sac. Le sang d'ailleurs s'est rapidement coagulé dans cette nouvelle poche.

M. Lancereaux présente un autre malade ayant également un volumineux anévrysme de l'aorte et traité comme le précédent par des injections de gélatine.

M. Lancereaux a été conduit à imaginer ce mode de traitement par l'étude de faits dans lesquels des caillots s'étaient spontanément formés dans un anévrysme. Des injections de gélatine dans les veines d'un chien amenèrent la coagulation du sang, mais les injections hypodermiques donnent également des résultats, avec une solution de 2 grammes de gélatine pour 100 grammes d'eau.

Cette méthode thérapeutique, excellente dans les cas où il y a un véritable sac anévrysmal, ne donne aucun résultat quand il y a une simple dilatation du vaisseau. M. Lancereaux lit avec détails ses observations.

La gélatine en injection hypodermique favorise la coagulation du sang et au niveau des points où la circulation est ralentie, comme dans un sac anévrysmal, le sang se coagule.

M. Huchard. J'ai vu un malade atteint depuis plusieurs années d'un anévrysme de l'aorte avec saillie très notable à l'extérieur. Le malade amélioré par l'iodure de potassium a été soumis ensuite aux injections sous-cutanées de gélatine. Dès les premières injections, la tumeur se durcit, diminua de volume et au bout d'un mois et demi, elle avait complètement disparu à l'extérieur.

Chez un autre malade, le traitement n'a pas réussi, mais le malade craignant la douleur très réelle causée par le traitement s'en est allé après une dizaine d'injections.

La méthode de M. Lancereaux pourrait être appliquée en outre aux hémoptysies incoercibles de la dernière période de la phtisie pulmonaire.

M. Marc Sée. Il serait intéressant d'avoir la véritable explication de l'action coagulante de la gélatine. Il faudrait mettre directement la gélatine en contact avec le sang.

M. Huchard. M. Carnot a fait des expériences intéressantes sur la coagulation du sang par ce moyen.

Il faut, d'autre part, savoir que cette méthode thérapeutique n'est pas exempte d'inconvénients et de danger.

M. Lancereaux. Jusqu'ici nous n'avons eu aucun accident; mais il est évident qu'il faut surveiller l'emploi de ce moyen.

M. Fournier rappelle l'existence d'anévrysmes de l'aorte dans la syphilis : chez un médecin syphilitique, ayant une énorme dilatation de l'aorte, la guérison se fit en deux mois par le traitement mixte intensif. Il y a là une cause d'erreur qui doit être prise en considération.

Signes du début de la tuberculose pulmonaire chronique. — M. Fernet. Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire commençante est fort utile dans bien des cas. Dans cette phase de la maladie, on ne manque pas de signes physiques, mais le nombre ne vaut pas toujours la qualité.

Les symptômes généraux sont la déchéance générale de l'organisme, la fièvre vespérale, les sueurs nocturnes, l'accélération du pouls qui peut persister même en dehors de la fièvre, l'anémie. Quant à la disposition à s'enrhumer pendant les hivers, elle n'a aucune importance, car les arthritiques et les scrofuleux s'enrhument peut-être plus facilement que les tuberculeux.

D'autres signes ont plus d'importance : un enrouement particulier, une anhélation facile, une petite toux sèche, les hémoptysies. Quand un crachement de sang survient chez un individu dont la santé jusque-là était bonne, il faut penser à la tuberculose.

Tous ces symptômes ne permettent pas d'arriver à la certitude. La micropolyadénie, la bronchite ne peuvent également qu'attirer l'attention sur la possibilité de la tuberculose.

Le bacille de Koch ne se trouve pas au début de la maladie. Les rayons Rontgen ne donnent pas encore de conclusions nettes, ce moyen n'a du moins pas encore fait ses preuves. Quant aux injections de tuberculine, elles ne sont pas sans danger chez l'homme.

Quant aux signes physiques, la percussion, l'auscultation la palpation, leur valeur est depuis longtemps admise par tous les classiques.

La matité et la diminution de la résistance au doigt, l'augmentation de la tonalité du son ne sont trouvés que lorsqu'il y a déjà de la congestion pulmonaire.

L'auscultation fournit des signes plus précis; ce sont des anomalies dans le murmure respiratoire. Sur le même rang il convient de placer les résultats de l'auscultation plessimétrique.

La pleurésie sèche du sommet est une présomption sérieuse de tuberculose pulmonaire, de même l'adénopathie trachéo-bronchique. Cette adénopathie est précoce dans la tuberculose et elle est très fréquente ; cependant elle n'est pas entrée dans la clinique. En même temps, il est fréquent de trouver un troisième signe dont le foyer est à la partie inférieure de la poitrine, du côté correspondant au sommet intéressé, c'est de l'œdème pulmonaire, de l'engorgement de la base, que M. Fernet croit être causés par l'adénopathie.

Le mode de fonctionnement physique des reins — M. Chiaïs (d'Evian). Il y a un type physiologique du fonctionnement des reins que l'on peut établir à l'aide d'une éprouvette graduée et d'un pèse-urine.

L'homme à l'état physiologique rend, par la sécrétion urinaire de 24 heures, un peu plus d'eau qu'il n'en a pris en boisson.

Il sécrète dans les douze heures du jour (de 7 heures du matin à 7 heures du soir), les deux tiers de la quantité totale des urines de 24 heures.

Il rend après le repas du milieu du jour, dans l'espace de deux heures, la totalité de l'eau prise au repas avec les boissons : la densité de l'urine tombe à ce moment au-dessous de zéro ; le même effet ne se réalise pas après le repas du soir.

Une maladie absolument locale ne modifie pas le mode de fonctionnement physique des reins. Elle le modifie si elle devient soit par résorption, soit par irradiation nerveuse, une cause de maladie générale; elle ne le modifie plus quand un traitement rationnel a supprimé l'infection générale et les irradiations nerveuses qui affectent le système nerveux central.

A 5 heures, la séance est levée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 octobre 1898. — Présidence de M. Besnier.

La séance est ouverte à 4 h. 1/4 par M. Besnier, que M. Jullien, malade, a chargé de le remplacer. Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté. Relativement à la rédaction de ce procès-verbal, M. Christian demande l'insertion de la rectification suivante :

M. Christian. « Le procès-verbal a rendu très imparfaitement ce que j'ai voulu dire en réponse aux différentes objections qui m'ont été posées. Ma réponse portait sur deux points : suivant moi, les accidents épileptiformes tenaient à une lésion cérébrale, gomme ou artérite, que le

traitement spécifique a guérie. Mais la démence a persisté et persistera, parce que sans doute, comme dans les cas analogues, il y a eu des destructions de tissu que rien ne peut réparer.

« En second lieu, j'insistais sur ce fait que, lorsque la paralysie générale survient chez un individu ayant eu la syphilis, ce n'est jamais pendant qu'il est en puissance active de syphilis, mais longtemps après, 10, 20 ans, alors que tous les accidents ont disparu. Et alors, tout traitement est impuissant. »

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels; Revue des travaux scientifiques, envoyée par le Ministère de l'Instruction publique; Publication en langue allemande, rédigée au Japon et envoyée de Tokyo. M. Christian veut bien se charger de l'examen de ces travaux, dont quelques exemplaires lui ont déjà été soumis. — M. Polaillon fait hommage à la Société de son ouvrage intitulé : *Affections chirurgicales du tronc.*

M. le Président remercie M. Polaillon de son offre gracieuse.

Une lettre circulaire de M. le ministre du Commerce invite la Société à prendre part à l'exposition universelle de 1900. Il est décidé que la Société exposera, et que des remerciements seront adressés à M. le Ministre du Commerce.

Correspondance manuscrite. — 1° Télégrammes de MM. Jullien, Desnos et Sibut, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance. M. Desnos, empêché pendant plusieurs samedis, ne pourra se charger du rapport sur les titres scientifiques de M. Coudray, candidat au titulariat : un nouveau rapporteur sera nommé à cet effet.

2° Lettre de M. Antonelli remerciant la Société de l'avoir nommé membre titulaire.

M. le Président annonce à la Société la mort de M. Blumenthal, membre titulaire. Une démarche faite auprès d'un de nos collègues pour que la Société fût représentée aux obsèques de ce regretté confrère, n'a pu avoir d'effet, le decès étant survenu au moment des vacances, alors qu'aucun des membres du bureau n'était à Paris. Une lettre de condoléance sera adressée à la famille.

M. Polaillon fait part à la Société du décès de M. Fraigniaud, membre titulaire, survenu subitement dans l'île d'Oléron : une lettre de condoléance sera adressée à sa veuve.

M. le Président annonce à la société que M. Miilée est nommé médecin-oculiste des Postes et Télégraphes, et adresse ses sincères félicitations à notre distingué confrère.

Il est procédé ensuite au dépouillement du scrutin relativement à l'élection de M. le Dr Dhomont. M. Dhomont, ayant obtenu 13 voix sur 13 votants est nommé, à l'unanimité, membre titulaire de la Société.

Aucun des membres présents n'ayant de communication ou d'observation à faire, M. le Président lève la séance à 4 h. 45.

Le secrétaire annuel, Dr Mouzon.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 octobre 1898. — *Présidence de* M. P. Berger.

Plaie profonde de la région épiglottique. — M. Picqué fait un rapport sur une observation de M. Isambert. Dans le cas rapporté, il s'agissait d'une plaie transversale ayant interressé tout le larynx jusqu'à l'épiglotte en respectant le paquet vasculo-nerveux. Après suture, la guérison se fit rapidement.

Chute sur le genou gauche. Hémarthrose. — Le malade, après une compression prolongée guérit pendant deux ans. Puis de nouveau se produisit un épanchement pour lequel on fait une ponction ramenant du sang, on constate alors la présence d'un corps étranger. On fait alors l'arthrotomie qui montre une saillie osseuse du condyle interne que l'on enlève à la gouge. M. Isambert en conclut que c'est un corps étranger en voie de formation.

Fracture double du maxillaire inférieur. — M. Loyson, étant dans l'impossibilité de réduire la fracture, dut faire la suture des fragments. Le résultat fut parfait.

Arthrite suppurée de la hanche droite. — M. Sueur. Il s'agit d'un soldat qui fut atteint de rougeole, suivie de suppration de l'oreille moyenne. A ce même moment, apparition d'une arthrite suppurée de la hanche. L'arthrotomie donne une guérison rapide.

Traitement chirurgical de la névralgie faciale. — M. Guinard donne les résultats obtenus par l'intervention chirurgicale, résection du ganglion de Gasser, du rebord alvéolaire ou du ganglion de Meckel et lit un mémoire sur le mode opératoire de cette intervention dans les cas où la névralgie faciale a résisté à tous les traitements médicaux.

Appendicite et salpingite. — Présentation de pièces par M. Routier.

Gastrostomie. — Présentation de pièces par M. Beurnier.

F. Verchère.

Séance du 12 Octobre 1898

Traitement de la névralgie de la face. — M. Potherat fait une très intéressante communication sur les résultats donnés par l'ablation du ganglion de Gasser, dont le mode opératoire exige une habitude chirurgicale et un acquit opératoire consommé, mais qui, au point de vue thérapeutique, laisse beaucoup à désirer. C'est une brillante opération dont on ne doit guère attendre au point de vue de la guérison des patients.

M. Schwartz. Il y a lieu de graduer les interventions chirurgicales dans le traitement des névralgies de la face.

J'ai eu l'occasion de faire la résection du ganglion de Gasser, chez un malade âgé de 68 ans, atteint de névralgie faciale. L'arcade alvéolaire et les régions du trijumeau affectées étant examinés avec soin, le maximum de la douleur semblait siéger sur le maxillaire supérieure. Je pratiquai la section et l'arrachement du nerf sous orbitaire. Le malade guérit de l'intervention et les douleurs reprirent au bout de 15 jours. — Je tentai la résection du ganglion de Gasser et je pus me convaincre que l'opération se faisait assez facilement, plus facilement que sur le cadavre. — C'est au mois de juin dernier que je fis cette intervention, par la méthode de Krause et Doyen. Je trouvai assez facilement le trou ovale, puis le nerf maxillaire inférieur que je sectionnai; un peu plus de difficulté pour le maxillaire supérieur — et je pus charger le ganglion. A ce moment j'eus une hémorrhagie sérieuse comme continuité, une demi-heure. Je dus mettre un tampon fortement pressé — nouvel

incident : je fus inondé de liquide encéphalo-rachidien. Après arrêt je saisis le ganglion, mais il se déchira et je ne pus l'enlever qu'en trois fragments. — Ceci fait j'ai mis un drain et j'ai rabattu mes parties molles. — Au réveil, le malade, pendant les trois ou quatre premiers jours, n'a plus eu de crises douloureuses ; mais il avait une douleur continue profonde bien différente des premières qui cessa le quatrième jour pendant vingt-quatre heures. Survint alors une petite ulcération de la cornée qui s'agrandit progressivement, mais les accidents cessèrent, et au dixième jours le malade recommença à souffrir de sa névralgie — et actuellement le malade souffre comme autrefois, mais seulement de midi à 6 heures au lieu de souffrir constamment.

Du côté de l'œil gauche se produisit de l'exophthalmie et une cécité complète.

Au point de vue thérapeutique, je n'ai donc obtenu que peu de chose, autant dire rien. S'agit-il d'une néoplasie ré ro-orbitaire, ou d'une phlébite des grosses veines de l'orbite ? Il est difficile de le dire.

Quant à l'opération elle même, elle n'est pas extrêmement difficile, les dénudations se font beaucoup plus aisément sur le vivant. Suivant les cas elle peut varier aussi et être en relation avec la conformation des crânes. Les crânes dolichocéphales donnent une plus grande facilité.

L'hémorrhagie peut aussi donner des inquiétudes, et doit être combattue par la patience et un tampon.

M. Reclus. L'excision du rebord alvéolaire, ou opération de Jarre, m'a donné les résultats suivants dans deux cas où je dus la pratiquer.

Dans le premier les douleurs cessèrent immédiatement pendant quatre mois et reparurent semblables. Je recommençai sans aucun résultat et, à l'heure qu'il est, la névralgie persiste. Le second serait un succès, mais elle est incomplète. La résection du maxillaire inférieur la guérit pendant quinze jours et elle disparut sans que je la revis.

Cette opération est si simple et le sacrifice est si peu considérable qu'il est toujours très bon de la pratiquer.

M. Reynier. En 1871, j'ai pratiqué la résection du rebord alvéolaire chez un vieillard édenté qui est resté guéri jusqu'en 1875, époque à laquelle je le vis. Mais il s'agit là de la névralgie des édentés et qui doit être toute différente de celle des gens jeunes atteints de névralgie du trijumeau.

Fracture comminutive de la rotule. Suture métallique. — M. Chauvel fait un rapport sur une observation qui relate l'histoire d'un malade auquel un coup de pied de cheval fractura la rotule en tant de fragments qu'il dut enlever un tiers à peu près de la rotule.

Plaie de l'abdomen par coup de feu. Plaie de l'estomac, du foie, hémorrhagie interne. Laparotomie. Guérison. — M. Chauvel fait un rapport sur l'observation envoyée par un médecin militaire.

Trois observations de plaies de l'abdomen, avec blessure de la veine rénale, de la veine iliaque primitive par coup de couteau, suivies de mort et de contusion et perforation intestinales par coup de pied de cheval. Laparotomie. Guérison.

M. Chauvel fait un rapport sur ces observations adressées par un médecin militaire.

Discussion par MM. Hartmann, Reclus, Guinard, Routier, Michaux, ayant pour sujet la défense pariétale de l'abdomen dans les cas de contusion.

Entorse du coude ; ostéome du brachial antérieur et du triceps. — Présentation du malade par M. Nimier.

Contusion de la région splénique. — Présentation du malade par M. Loyson.

F. Verchère.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Sont nommés, pour l'année scolaire 1898-1899, chefs des travaux de laboratoire :

M. Retterer, agrégé libre, chef des travaux d'histologie, en remplacement de M. Rémy, dont les fonctions sont expirées ;

M. Jolly, docteur en médecine, chef des travaux chimique de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Apert ;

M. Hallion, docteur en médecine, chef adjoint de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Savoire ;

M. Cazin, docteur en médecine, chef de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Hallion, appelé à d'autres fonctions ;

M. Bensaude, docteur en médecine, chef des travaux d'anatomie pathologique de la clinique médicale Saint-Antoine, en remplacement de M. Thiercelin ;

M. Paquy, docteur en médecine, chef du service des accouchements à la clinique Baudelocque, en remplacement de M. Wallich ;

M. Druault, chef adjoint de la clinique ophtalmologique, en remplacement de M. Terrien.

Distinction universitaires. — Officiers de l'instruction publique. — Est nommé M. Bertrand, médecin en chef de la marine à Toulon.

Officiers d'Académie. — Sont nommés : MM. les docteurs Cersoy, médecin du collège de Langres ; Mounier, de la Ferté-Saint-Aubin ; Dupont (de Saint-Loup) ; Foucaud, médecin-major de la défense mobile d'Algérie, à Alger, et Melgrani, conseiller général à Ajaccio.

Faculté de médecine de Paris. — Consignations pour examens qui se passent en sessions. — I. *Ancien régime.* — *Premier examen de doctorat.* — 1° Session d'octobre 1898 : Seront admis tous les candidats pourvus de quatre inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues les 10 et 11 octobre 1898. La session aura lieu du 24 au 29 octobre 1898.

2° Session de janvier 1899 : Seront admis les élèves-docteurs ayant échoué en juillet et en octobre 1898. La cinquième et la sixième inscriptions seront délivrées en janvier 1899, aux étudiants qui auront subi cet examen avec succès, à la condition d'avoir fait les travaux pratiques de dissection en novembre et décembre 1898, après immatriculation et versement des droits réglementaires. Les consignations seront reçues les 19 et 20 décembre 1898. La session aura lieu dans la première quinzaine de janvier 1899.

3° Session de juillet 1899 : Seront admis tous les candidats pourvus de quatre inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues les 19 et 20 juin 1898. La session aura lieu du 3 au 8 juillet 1899.

Deuxième examen (première partie). — Session de mars à mai 1899 : Seront admis tous les candidats pourvus de dix inscriptions au moins, non périmées, et ayant disséqué pendant deux semestres. Les consignations seront reçues les 6 et 7 mars 1899. La session commencera le 13 mars 1899.

Deuxième examen (deuxième partie). — Session de novembre 1898 à mars 1899 : Seront admis les candidats pourvus de douze inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues, les lundis et mardis, de midi à trois heures, du 3 octobre 1898 au 7 février 1899. Les candidats seront appelés quinze à vingt jours après la date de leur consignation. La quatorzième inscription (ancien régime) ne sera délivrée qu'aux élèves reçus à la deuxième partie du deuxième examen.

Examens de fin d'année (Officiat). — 1° Session d'octobre 1898 : Seront seuls admis les élèves officiers de santé ayant échoué au mois de juillet 1898 et ceux pourvus d'une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté. Les consignations seront reçues les 10 et 11 octobre 1898. La session aura lieu du 24 au 29 octobre 1898.

2° Sestion de juillet 1899 : Seront seuls admis les candidats ayant, au moment de l'examen, quatre, huit ou douze inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues les 12 et 13 juin 1899. La session commencera le 26 juin 1899.

N.-B. — MM. les élèves officiers de santé sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année ; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté.

II. *Nouveau régime. — Premier examen de doctorat.* — Session de mars à mai 1899 : Seront admis les candidats pourvus de six inscriptions non périmées, et ayant disséqué pendant deux semestres. Les consignations seront reçues les 2, 3 et 4 mars 1899. La session commencera le 13 mars 1899.

Deuxième examen de doctorat. — Session de novembre 1898 à mars 1899 : Seront admis les candidats pourvus de huit inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues, les lundis et mardis, de midi à trois heures, du 3 octobre 1898 au 7 février 1899. Les candidats seront appelés quinze à vingt jours après la date de leur consignation. La dixième inscription (nouveau régime) ne sera délivrée qu'aux élèves reçus au deuxième examen.

III. *Avis aux candidats ajournés.* — Les candidats au deuxième examen de doctorat (deuxième partie), ancien régime, et au deuxième examen de doctorat, nouveau régime, ajournés avant le 1er mars 1899, pourront se présenter de nouveau pendant la session qui aura lieu du 15 au 20 mai 1899. Ils devront consigner les 1er et 2 mai 1899. En cas de nouvel échec, ils pourront bénéficier de la session indiquée ci-dessous pour les candidats ajournés au deuxième examen (première partie), ancien régime, et au premier examen, nouveau régime.

Pour les candidats ajournés au deuxième examen de doctorat (première partie), ancien régime, et au premier examen de doctorat, nouveau régime : 1° les épreuves pratiques seront renouvelées dans la première quinzaine de juin (à partir du 12 juin) : 2° les épreuves orales seront renouvelées : à partir du 12 juin, pour les candidats ayant échoué avant le 14 mai ; à partir du 1er juillet, pour les candidats ayant échoué après le 14 mai et avant le 31 mai.

Les candidats ajournés avant le 14 mai consigneront les 23, 29 et 30 mai inclusivement, dernier délai. Les candidats ajournés après le 14 mai et avant le 31 mai, consigneront les 12 et 13 juin inclusivement, dernier délai.

Ils sont tenus de déclarer, en s'inscrivant, la date exacte de leur échec.

N.-B. — En se présentant au secrétariat (guichet n° 3), pour consigner, MM. les étudiants devront être munis de leur feuille d'inscriptions.

Inscriptions des élèves nouveaux. — L'inscription des élèves nouveaux, pour l'année scolaire 1898-1899, aura lieu tous les jours de midi à trois heures, au secrétariat de la Faculté, du 3 octobre au 14 novembre 1898.

La première inscription sera délivrée sur la production des pièces suivantes : 1° acte de naissance ; 2° consentement du père ou du tuteur (ce consentement doit indiquer le domicile du père ou du tuteur ; la signature doit être légalisée. La production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur ; 3° diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) ; 3° certificat d'études physiques, chimiques et naturelles : 5° certificat de revaccination faite sous le contrôle de la Faculté.

Toutes ces pièces sont indispensables pour l'établissement du dossier scolaire.

Limites des consignations des examens qui ne se passent pas en sessions. — I. Les consignations pour les examens dont désignation suit seront reçues les lundis et mardis, de midi à trois heures, aux dates ci-après désignées :

Doctorat (ancien régime). Deuxième examen, première partie, jusqu'au 7 mars 1899. (Toutefois, les élèves entrant en troisième année au mois d'octobre 1898 ne pourront consigner que les 6 et 7 mars 1899). Troisième examen, première partie, jusqu'au 21 février 1899. Troisième examen, deuxième partie, jusqu'au 18 avril 1899. Quatrième examen, jusqu'au 16 mai 1899. Cinquième examen, première partie, jusqu'au 13 juin 1899 (les candidats à cet examen ne seront admis à consigner que sur la justification du stage obstétrical exigé). Cinquième examen, deuxième partie, jusqu'au 27 juin 1899. Thèse, jusqu'au 4 juillet 1899.

Officiat. — Premier examen définitif, jusqu'au 7 mars 1899. Deuxième examen définitif, jusqu'au 18 avril 1899. Troisième examen définitif, jusqu'au 27 juin 1899.

Doctorat (nouveau régime). — Premier examen, jusqu'au 7 mars 1899 (toutefois, les élèves entrant en deuxième année au mois d'octobre 1898, ne pourront consigner que les 6 et 7 mars 1899). Troisième examen, première partie, jusqu'au 18 février 1899, deuxième partie, jusqu'à 18 avril 1899 (les deux parties du troisième examen, nouveau régime, sont subies entre la treizième et la seizième inscription).

II. MM. les candidats ajournés avant le 31 mai 1899 sont informés que : 1° l'épreuve pratique d'anatomie sera renouvelée dans la deuxième quinzaine de juin (à partir du 12 juin) ; l'épreuve pratique de médecine opératoire, à partir du 1er mai et dans la deuxième quinzaine de juin (à partir du 12 juin) ; 2° les épreuves orales seront renouvelées : à partir du 1er juillet, pour les candidats ayant échoué avant le 14 mai et avant le 31 mai.

Les candidats ajournés pour la médecine opératoire consigneront les 17 et 18 avril, ou les 23, 29 et 30 mai, inclusivement, dernier délai. Pour les examens autres que

la médecine opératoire : les candidats ajournés avant le 14 mai consigneront les 23, 29 et 31 mai, inclusivement, dernier délai ; les candidats ajournés après le 14 mai et avant le 31 mai consigneront les 12 et 13 juin, inclusivement, dernier délai. Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

Les élèves ajournés après le 31 mai à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

Passé le 5 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

N.-B. — En se présentant au secrétariat (guichet n° 3) pour consigner, MM. les étudiants devront être munis de leur feuille d'inscriptions.

Bibliothèque — MM. les étudiants sont informés qu'ils sont tenus de présenter leur carte d'immatriculation pour être admis à la Bibliothèque. — A partir du 16 novembre, l'entrée de la Bibliothèque sera refusée à tout étudiant qui ne présentera pas sa carte d'immatriculation.

Nul ne peut prendre part aux travaux de la Faculté (cours, cliniques, bibliothèque, travaux pratiques réglementaires ou facultatifs, travaux de laboratoire), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 21 juillet 1897).

Sessions d'examens pour le diplome de chirurgien-dentiste. — Conformément à l'arrêté du 29 juillet 1895, deux sessions d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvriront pendant l'année scolaire 1898 99, savoir : la première, le 7 novembre 1898; la deuxième, le 29 mai 1899.

Première session : premier examen, du 7 au 19 novembre 1898; deuxième examen, du 5 au 17 décembre 1898; troisième examen, du 9 au 21 janvier 1899.

Deuxième session : premier examen, du 29 mai au 3 juin 1899; deuxième examen, du 19 au 24 juillet 1899; troisième examen, du 10 au 22 juillet 1899.

Asile d'Aliénés de la Seine. — Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine, vacantes au 1er janvier 1899, dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard et Villejuif et l'infirmerie spéciale des Aliénés à la Préfecture de police.

Le lundi 5 décembre 1898, à midi précis, il sera ouvert à la Préfecture de la Seine, annexe de l'Hôtel-de-Ville, rue Lobau, n° 2 à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine vacantes dans lesdits établissements au 1er janvier 1899.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hotel-de-Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de midi à cinq heures, du lundi 7 au samedi 19 novembre 1898 inclusivement.

L'abus des consultations gratuites. — Un médecin des bureaux de bienfaisance de Paris propose au *Temps* un moyen de se défendre contre l'exploitation scandaleuse de certains malades aisés qui vont demander des consultations gratuites dans les hôpitaux.

« Je viens vous soumettre un remède bien simple — idée émise autrefois par le Dr Peyron — pour éloigner les malades riches des consultations externes des hôpitaux. Ce serait de supprimer, purement et simplement, ces consultations qui n'ont plus aucune raison d'être depuis que l'Assistance publique a organisé les consultations des bureaux de bienfaisance et des dispensaires de quartier. Les médications prescrites dans ces consultations étant fournies par l'administration, une enquête toujours faite après la première consultation en éloigne le faux pauvre qui voudrait une autre fois s'y risquer. De plus, une personne aisée mettrait peut-être quelque pudeur à se trouver dans la salle d'attente de ces dispensaires de quartier avec un public dont elle peut être connue.

La raison qui pouvait arguer autrefois pour le maintien des consultations d'hôpitaux était la facilité offerte au public peu aisé et, pour les cas difficiles, de consulter des maîtres de la science. Or, les consultations d'hôpitaux — sauf de rares exceptions, à titre provisoire — ne sont mêmes plus faites par les médecins des hôpitaux, et les maîtres donnent volontiers dans leurs services des consultations spéciales pour les spécialités qui les intéressent. Enfin, ne pourrait-on pas trouver dans les dispensaires et dans les bureaux de bienfaisance — dont le personnel médical est nommé au concours — une occasion d'instruction pour les élèves? »

Banquet Peyrot. — Les élèves et amis du Dr Peyrot se proposent de fêter dans un banquet intime sa double nomination de membre de l'Académie de médecine et d'officier de la Légion d'honneur. Prière de vouloir bien envoyer les adhésions à l'une des adresses suivantes : Tissier, interne à l'hôpital Lariboisière ; Chailloux, interne à l'hôpital Lariboisière ; Dr Guinard, 20, rue Godot-de-Mauroi ; Dr Weill-Mantou, 28, rue de Chateaudun.

Le banquet aura lieu le samedi 22 octobre, à 7 h. 1/2, chez Marguery, 36, boul. Bonne-Nouvelle. Le montant de la cotisation est fixé à 20 francs.

Nécrologie. — Le Dr Heydenreich, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur de clinique chirurgicale et doyen de la faculté de médecine de Nancy, décédé à l'âge de 50 ans. — Le Dr Davaine, de Paris, reçu en 1897. — Le Dr Bouchacourt, ancien chirurgien en chef de la Charité de Lyon, professeur honoraire à la Faculté de médecine, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de quatre-vingt-sept ans. — Le Dr Fraignaud, de Paris reçu en 1853. Le Dr Guillaumé, de Beaumont-Hague (Manche).

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

OBÉSITÉ : Capsules de corps thyroïde Vigier. — *Dose :* 2 à 6 par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*